ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C AGOSTO 2023

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA AGRARIA DE COLOMBIA (UNIAGRARIA).

Por medio de la presente, yo ALEJANDRO ESTRADA RIOS, identificado con número de documento 1022421071, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: MEDICO VETERINARIO

Cordialmente,

alejandro estrada R.

Firma
Nombre ALEJANDRO ESTRADA RIOS
No. Documento: 1022421071
Teléfono: 3022502582

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.